

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE

---

N° 7

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
de  
**L'ANESTHÉSIE LOCALE**  
dans  
**L'APPENDICECTOMIE**  
chez l'Enfant

---

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 12 FÉVRIER 1938

PAR

**HERMAN TEMPEL**

Né à Ozydów (Pologne), le 14 septembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
MENTION : MÉDECINE

---

|                                   |   |                          |                      |
|-----------------------------------|---|--------------------------|----------------------|
| <b>Examineurs<br/>de la Thèse</b> | { | MM. ETIENNE, Professeur. | <i>Président.</i>    |
|                                   |   | LAPEYRE, prof.           | { <i>Assesseurs.</i> |
|                                   |   | LAUX, prof.              |                      |
|                                   |   | GUIBAL, agrégé.          |                      |

---

MONTPELLIER  
IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1938



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE

---

N° 7

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
de  
L'ANESTHÉSIE LOCALE  
dans  
L'APPENDICECTOMIE  
chez l'Enfant

---

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 12 FÉVRIER 1938

PAR

**HERMAN TEMPEL**

Né à Ozydów (Pologne), le 14 septembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
MENTION : MÉDECINE

---

**Examineurs  
de la Thèse**

MM. ETIENNE, Professeur.  
LAPEYRE, prof.  
LAUX, prof.  
GUIBAL, agrégé.

*Président.*

*Assesseurs.*

MONTPELLIER  
IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1938

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

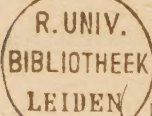
|                                                                  |                              |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Anatomie.....                                                    | MM. J. DELMAS.               |
| Histologie.....                                                  | TURCHINI.                    |
| Physiologie.....                                                 | L. HEDON.                    |
| Chimie biologique et médicale.....                               | CRISTOL.                     |
| Physique médicale.....                                           | PECH.                        |
| Anatomie pathologique.....                                       | GRYNFELTT.                   |
| Microbiologie.....                                               | LISBONNE,                    |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                       | PAGES.                       |
| Thérapeutique et Matière médicale.....                           | BOUDET.                      |
| Hydrologie thérapeutique et climatalogie.....                    | PUECH.                       |
| Hygiène.....                                                     | CARRIEU.                     |
| Médecine légale et médecine sociale.....                         | VIDAL J.                     |
| Pathologie médic. et clin. propédeutique.....                    | BOULET.                      |
| Clinique médicale.....                                           | GIRAUD.                      |
| Clinique chirurgicale.....                                       | RIMBAUD.                     |
| Clinique obstétricale.....                                       | MASSABUAU, <i>assesseur.</i> |
| Clinique des maladies ment. et nerv.....                         | RICHE.                       |
| Clinique des malad. des enf. et hyg. du 1 <sup>er</sup> âge..... | P. DELMAS.                   |
| Clinique de dermatosyphiligraphie.....                           | EUZIERE, <i>doyen</i>        |
| Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....                   | LEENHARDT.                   |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                   | MARGAROT.                    |
| Clinique gynécologique.....                                      | ETIENNE.                     |
| Clinique ophtalmologique.....                                    | JEANBRAU.                    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....                           | LAPEYRE.                     |
| Radiologie.....                                                  | N...                         |
| Anatomie (Ch. de c.).....                                        | TERRACOL.                    |
| Histologie (Ch. de c.).....                                      | LAMARQUE.                    |
|                                                                  | LAUX.                        |
|                                                                  | GRANEL.                      |

## Honorariat

RODET, TÉDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS. CABANNES  
GALAVIELLE, VIRES, BOSU, VILLARD.

## Chargés de Cours complémentaires

|                                         |                             |
|-----------------------------------------|-----------------------------|
| Pathologie expérimentale.....           | MM. N...                    |
| Pathologie externe.....                 | AIMES.                      |
| Médecine opératoire.....                | SOUBEIRAN <i>ag. libre.</i> |
| Accouchements.....                      | COLL de CARRERA.            |
| Clinique phthisiologique.....           | BOUDET.                     |
| Clinique propédeutique médicale.....    | BAUMEL.                     |
| Clinique des maladies contagieuses..... | JANBON.                     |
| Stomatologie.....                       | D <sup>r</sup> WATON.       |



Médecine...

MM. JANBON.  
BAUMEL.  
P. RIMBAUD.

## Agrégés en Exercice

|                |                  |
|----------------|------------------|
| Chirurgie....  | AIMES.           |
|                | MOURGUE-MOLINES  |
|                | GUIBAL.          |
|                | ROUX.            |
| Obstétrique.   | COLL de CARRERA. |
| Bactériologie. | CARRERE.         |
| Ophtalmolog.   | DEJEAN.          |

## Examineurs de la Thèse

|                                         |                             |
|-----------------------------------------|-----------------------------|
| MM. ETIENNE, <i>profess.-président.</i> | MM. LAUX <i>professeur.</i> |
| Et. LAPEYRE, <i>professeur.</i>         | GUIBAL, <i>agréé.</i>       |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage de mon profond amour.*

A MES SOEURS ET A MES FRÈRES

A MES BELLES-SOEURS ET MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MESDAMES ET A MESSIEURS ELIAS

*Hommage reconnaissant pour les multiples  
preuves de leur affection toute dés-  
intéressée.*

A MONSIEUR ARNAL

*En reconnaissance de ses multiples bontés  
à mon égard.*

A MES AMIS

H. T.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ÉTIENNE

Professeur de Clinique de chirurgie infantile et orthopédie  
Chevalier de la Légion d'honneur

*qui a bien voulu nous faire le très grand  
honneur de présider notre thèse et nous  
en a inspiré le sujet.*

*Hommage respectueux et reconnaissant.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

Professeur de Clinique gynécologique  
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage  
de notre profonde reconnaissance.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX

Professeur à la Faculté de médecine

*pour l'honneur qu'il nous a fait en accep-  
tant de faire partie de notre jury de  
thèse.*

A MON MAÎTRE LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUIBAL

Chevalier de la Légion d'honneur  
Médaille militaire, Croix de guerre

*Témoignage de respectueuse et vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRIE

Ancien chef de Clinique

*dont l'enseignement m'a toujours été très  
précieux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PASSEBOIS

Chef de Clinique de chirurgie infantile et orthopédie

*Mes vifs remerciements pour les conseils  
éclairés qu'il m'a prodigués pour la  
rédaction de cette thèse.*

A LA FRANCE.

H. T.

## INTRODUCTION

---

Le choix d'une anesthésie en chirurgie infantile comme en chirurgie générale est un temps capital et l'on conçoit que l'hésitation soit possible.

Une anesthésie doit remplir plusieurs indications, elle doit permettre au chirurgien de réaliser une intervention dans les meilleures conditions techniques, tout en réduisant au minimum les risques pour le malade. Ces deux facteurs, malheureusement, ne se trouvent pas toujours réunis.

Dans ce travail nous nous proposons de discuter la valeur de l'anesthésie locale en chirurgie infantile au cours de l'appendicectomie et de montrer qu'elle peut remplir mieux qu'une autre, dans beaucoup de cas, les deux conditions d'une anesthésie idéale : possibilité de manœuvrer facilement tout en faisant courir le minimum de risques au malade.

Notre plan sera le suivant :

Dans une première partie, nous nous attacherons à montrer que l'anesthésie locale chez l'enfant permet l'appendicectomie. Nous rappellerons les bases anatomiques de cette anesthésie, ensuite l'influence du facteur psychique, que beaucoup considèrent chez l'enfant comme un facteur d'échec, et nous verrons ce qu'il faut en penser.

Dans une deuxième partie, nous donnerons les observations du service du professeur ETIENNE. Ce chapitre nous permettra de confirmer ce que nous avançons au chapitre premier : « l'appendicectomie sous-locale est possible à tout âge », mais aussi ces obser-

ventions nous fourniront les bases de la dernière partie de notre travail dans laquelle nous examinerons les inconvénients et les avantages de l'anesthésie locale, ce qui nous permettra de poser les indications de ce mode d'analgésie et de conclure.

---

## PREMIÈRE PARTIE

---

### CHAPITRE PREMIER

## **Les bases anatomiques de l'anesthésie locale**

---

Nous ne voulons pas prétendre démontrer la possibilité de faire une appendicectomie à la faveur d'une anesthésie locale. Depuis fort longtemps on a réalisé cette opération. QUENU en a pratiqué un grand nombre et s'en est fait le défenseur ; à sa suite bien des auteurs l'ont imité, et PAUCHET, de son autorité, a appuyé fortement cette technique.

Nous nous permettrons seulement un bref rappel des bases anatomiques qui orientent sa technique et la rendent possible.

L'infiltration de la paroi est très facile et ne présente aucune particularité digne de retenir notre attention.

Le péritoine pariétal qui la double constitue une première difficulté. Normalement, il est sensible à tous les modes d'excitation. Ses nerfs lui parviennent par le tissu conjonctif lâche qui lui apporte également ses vaisseaux.

Sa sensibilité exquise peut subir des variations commandées par un état inflammatoire de la cavité péritonéale. Lorsque le feuillet pariétal est congestionné, il est particulièrement douloureux, c'est une constatation faite par tous les chirurgiens. Quel que soit le degré de sa sensibilité, il sera indispensable de bloquer les filets nerveux qui innervent le péritoine pariétal en infiltrant le tissu sous-péritonéal sur une large étendue, car la traction sur ce feuillet est douloureuse. Ceci est facile

à comprendre quand on réfléchit à la facilité avec laquelle il glisse sur les plans sous-jacents. La moindre traction sur les bords d'une brèche opératoire tire la lame péritonéale à une certaine distance, là où l'anesthésie n'a pas atteint les nerfs.

Les viscères sont insensibles à certains excitants, au toucher en particulier, cela vient de ce que le péritoine viscéral n'offre pas de sensibilité au contact, il peut sans douleur être incisé. La paroi propre du viscère est insensible également, du moins à certains excitants. Mais le tiraillement d'un segment d'intestin, la traction sur un méso déterminent une vive douleur. Pour le cæcum, elle existe également. Cependant l'extériorisation peut être réalisée en déroulant le cæcum, ce qui évite les tractions sur le méso et la réaction qu'elles déclenchent.

Au cours de l'appendicectomie, l'extériorisation du cæcum, le pincement du méso-appendice constituent des temps opératoires qui restent pénibles et produisent une douleur que le malade localise souvent à l'épigastre.

Les nerfs qui se distribuent à la région iléo-cæcale arrivent en accompagnant les vaisseaux, le plexus mésentérique supérieur suit l'artère de même nom, constituant un fin réseau péri-artériel. C'est le tiraillement de ces nerfs qui déclenche une douleur ou cours de l'intervention.

Cette disposition des nerfs sensibles de la région appendiculaire a été étudiée par ISHIKAWA dans un récent congrès de chirurgie à Madrid. Cet auteur, rapporteur de la question de l'anesthésie locale, a fait une étude détaillée de la sensibilité des viscères.

Il a montré en particulier que cette sensibilité était en rapport avec le volume des fibres à myéline, il a étudié la disposition des fibres sensibles autour des vaisseaux comme nous le signalons plus haut.

La connaissance de ces particularités permet de comprendre les douleurs du type épigastralgie. On note aussi la concordance qu'il y a souvent entre l'intensité de la congestion et l'intensité de la douleur. Peut-être dans certaines formes gangréneuses de l'appendicite

pourrait-on comprendre la disparition de la douleur par thrombose vasculaire avec altération nécrotique du réseau nerveux péri-vasculaire.

La description anatomique des nerfs nous fait voir évidemment, qu'il est très simple d'atteindre ces nerfs dans le méso-appendice.

Pour une appendicectomie simple, bloquer les nerfs est donc chose facile, mais on objectera que la présence d'adhérences rend l'intervention douloureuse.

Il faut tirailler, sectionner du péritoine viscéral adhérent, tout cela devient douloureux. Toutefois, le péritoine a un pouvoir d'absorption considérable. Il est donc logique d'essayer l'anesthésie par contact de surface, par imbibition, par « diffusion » comme disent MANDL et ISHIKAWA.

Le contact pendant quelques minutes d'une solution anesthésique versée sur les viscères adhérents suffit à endormir la douleur et rend l'appendicectomie toujours possible.

---

## CHAPITRE II

### **Le facteur psychique dans l'anesthésie locale**

---

Si la disposition des nerfs sensibles de la région cæco-appendiculaire permet leur anesthésie et rend l'appendicectomie ainsi réalisable, souvent l'entrée en jeu d'un facteur individuel, la réaction psychique risque de rendre cette intervention impossible, malgré l'anesthésie obtenue. Le malade conscient, ne laisse pas

son esprit dans le calme, et garde une vague sensibilité qui l'avertit seulement qu'on le touche. Mais l'opéré attend avec beaucoup d'appréhension le moindre contact, il l'interprète aussitôt comme une sensation douloureuse, ou plutôt comme le premier acte d'une intervention que son esprit imagine une longue torture, à laquelle il ne peut se soumettre.

Chez l'adulte, ce facteur existe, il peut être très gênant, on arrive toujours à raisonner un adulte. Chez un enfant, cette même intervention de l'imagination, qui vient fausser les sensations, ou plutôt les interpréter, est un fait plus fréquent, qui évidemment peut rendre difficile l'intervention. C'est ce facteur psychique qui est responsable de l'opinion de bien des auteurs sur la méthode, c'est lui qui, à tort, fait parfois rayer d'un coup et sans discussion l'anesthésie locale de toute la chirurgie infantile.

L'agitation désespérée d'un enfant peut rendre absolument irréalisable toute appendicectomie. Parfois, c'est au cours de l'intervention qu'elle apparaît, les viscères sont poussés au dehors, ou bien à la fin au moment de réintégrer et c'est très gênant.

Mais ce n'est pas le seul inconvénient. Une appendicectomie peut être, en plus, très désagréable pour le patient, au point d'en devenir un facteur de choc opératoire. L'état d'angoisse dans lequel se trouve un enfant se traduit par une vagotonie intense, avec toutes ses conséquences sur le pouls et la tension artérielle ; ce syndrome « hypo », comme le dit FORGUE, ajouté à d'autres causes d'hypotension peut fournir un élément important du choc opératoire.

On peut se demander s'il n'y a pas moyen de faire disparaître ou d'atténuer cet inconvénient ? Vaut-il mieux abandonner les avantages d'une locale devant ces inconvénients ?

Tout d'abord, admettons parfois qu'il peut être très difficile de calmer un enfant terrorisé à la pensée qu'on va lui « ouvrir le ventre ». Mais, dans le fond, c'est là une catégorie d'enfants qui ne se rencontre pas si fréquemment qu'on le pense.

Bien plus souvent on est en présence d'enfants qui ignorent ce que l'on veut leur faire, qui acceptent sans grande réaction la première piqûre de la locale et dès ce moment la partie est gagnée. Souvent, aussi, on a des enfants résignés qui n'osent pas crier et qui versent en silence de grosses larmes, ceux-là sont conquis par une bonne parole ou l'annonce de la fin prochaine de l'intervention. Mais nous ne voulons pas tenir compte des enfants dociles pour ne retenir que les plus difficiles et contre eux nous usons de l'anesthésie locale associée à l'administration préalable d'un hypnotique. Dès ce moment, tous les enfants sont susceptibles de subir une appendicectomie à la faveur d'une anesthésie locale.

Cette méthode, préconisée par KIRCHNER, avec administration de scopolamine morphine, et d'éphédrine chez l'adulte, employée par BLOCH, PAUCHET, FARR, etc..., peut être étendue à l'enfant, il supporte très bien le sédol. Souvent on peut lui préférer un petit lavement de chloral dont la dose varie entre 0 gr. 50 à 1 gr. 50 suivant les âges. On obtient chez l'enfant un état soporeux très favorable à la réalisation d'une bonne anesthésie locale (voir thèse de KOPLIKU).

---

## DEUXIÈME PARTIE

---

Nous allons donner quelques observations recueillies dans le service de M. le professeur ETIENNE, dans lesquelles l'appendicectomie a été réalisée sous anesthésie locale.

Cette seule énumération confirmera ce que nous venons de dire en montrant que dans le service on a pu réaliser des appendicectomies de formes anatomiques variables et à des âges différents.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

(N<sup>o</sup> 2.791)

G... François, 12 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Souffre du ventre depuis un mois, fosse iliaque droite, région péri-ombilicale. Accès douloureux avec quelques nausées.

*Examen* : Douleur dans la fosse iliaque sur l'appendice.

Toucher rectal peu douloureux.

Appendicectomie sous-locale, sans indication spéciale.

Appendicectomie facile dans laquelle on signale quelques tiraillements douloureux à l'épigastre pour lesquels on a proposé à l'enfant de l'endormir et il a refusé.

Suites excellentes. Sortie le seizième jour.

OBSERVATION II

(N<sup>o</sup> 2.861)

P... Jean, 9 ans.

*Antécédents personnels* : Bronchites à répétition.

*Histoire de la maladie* : Au cours d'une poussée broncho-pulmonaire a souffert du ventre, il a vomi pendant la nuit. Le médecin appelé 24 heures après, adresse le malade au service.

*Examen* : Faciès altéré. Toux grasse.

Douleur au point de Mac Burney. Toucher rectal très douloureux. Acuité douloureuse très nette.

On décide d'intervenir : Anesthésie locale car état général mauvais (Foyer broncho-pulmonaire avec matité ; souffle ; râle et toux).

A l'ouverture du péritoine, pus franc, puis sérosité louche. Appendice libre d'adhérences. Un tiers proximal sain, un tiers distal comme une grosse olive noire ; à travers la séreuse transparait un petit calcul. Donc gangrène appendiculaire en voie de perforation. Fermeture sur drainage.

Position de Fowler immédiatement.

Suites très bonnes. Guérison totale au vingt-deuxième jour.

OBSERVATION III

N<sup>o</sup> 3.128)

R... Raymonde, 10 ans.

*Antécédents personnels* : Bronchites fréquentes.

Adénopathie trachéo-bronchique ; séjour en préventorium.

*Histoire de la maladie* : La veille aurait eu quelques malaises, puis des vomissements, avec douleurs abdominales.

Pouls 104. Température 37° 8.

*Examen* : Douleur appendiculaire.

Intervention sous-locale, vu les doutes sur la possibilité d'une tuberculose.

Appendicectomie facile et simple. Appendice macroscopiquement sain.

Sort guérie le seizième jour.

OBSERVATION IV

(N<sup>o</sup> 3.175)

N... Alphonse, 12 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : La veille, douleur abdominale violente. Nausées sans vomissements.

A la faveur d'une accalmie, la famille administre un lavement et une prise d'huile de ricin. Echec de ce traitement et douleur. On appelle le médecin qui adresse l'enfant au service.

*Examen* : Faciès un peu grippé. Abdomen ne respire pas.

*Palpation* : Résistance à la fosse iliaque droite et douleur. Toucher rectal très douloureux.

On décide l'intervention. Toux fréquente, respiration un peu rude commandent la locale.

La région iléo-cæcale est le siège d'un processus d'inflammation chronique, voile membraneux péri-cæcal, adhérences, congestion intense. L'extériorisation du cæcum se fait avec une bouffée de kélène. Appendice libéré, sectionné. Il est très rouge et contient des oxyures.

Suites bonnes. Sort guéri le seizième jour.

OBSERVATION V

(N<sup>o</sup> 3.233)

P... Francette, 13 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Il y a une vingtaine de jours, elle aurait eu des vomissements puis des douleurs violentes et iliaques droites. Soignée par application de compresses chaudes.

*Examen à l'entrée* : Ventre souple, point douloureux appendiculaire peu important. Glace sur le ventre.

Six jours après, vomissements, douleurs.

Le lendemain : température 38°, Pouls 92, douleur.

Intervention sous locale (sans raison majeure).

Après ouverture, le cæcum est péniblement extériorisé. On donne un peu de chlorure d'éthyle.

Cæcum adhérent. Angle iléo-cæcal noyé par un voile d'adhé-

rences. Appendice rétro-cæcal recourbé en hameçon. Mésocourt, rétracté, très fixé. Libération de ces adhérences très serrées et rouges. Appendice très congestionné, à paroi épaisse et tomenteuse.

Suites simples. Sortie le seizième jour.

#### OBSERVATION VI

(N° 3.321)

B... Raymonde, 12 ans.

*Antécédents* : Rien à retenir de spécial.

*Histoire de la maladie* : Était dans un service de médecine infantile pour douleurs épigastriques. L'enfant souffrait depuis un an de douleurs sans rapport apparent avec les repas.

Aurait eu quelques vomissements, le matin après le petit déjeuner. Jamais de subictère. Anorexie, constipation. Douleur sous l'appendice xyphoïde, de durée et d'intensité variables.

L'examen clinique ne révèle qu'une vague sensibilité épigastrique. Un jour cependant, l'examen réveille une douleur, bas située, au-dessus du pubis.

*Radiographie* : Du côté gastrique : spasme du pylore. Douleur contre le cæcum, localisée à l'appendice vraisemblablement, mais qui demeure invisible. Le radiographe conclut : Appendicite chronique.

Intervention sous locale car une radiographie pulmonaire a montré un voile du sommet gauche avec marbrures sous-claviculaires et adénopathie satellite, qui fait conclure à une lésion parenchymateuse. De plus, légère albuminurie.

Appendicectomie facile ; le cæcum est pâle, l'appendice congestionné, mais libre entièrement.

Suites cependant excellentes.

#### OBSERVATION VII

(N° 3.325)

P... Mireille, 14 ans.

*Antécédents* : Broncho-pneumonie à un an. Congestions pulmonaires nombreuses. Bronchite chronique. A fait de l'entérite avec mœlena.

Frères et sœurs rachitiques.

*Histoire de la maladie* : Aurait souffert il y a un an. Serait traitée pour constipation, lavement tous les deux jours.

Depuis quatre mois, douleur fosse iliaque droite avec nausées. A fait une poussée douloureuse ; depuis douze jours elle ressent constamment des douleurs d'intensité variable.

*A l'examen* : Mac Burney douloureux. Région vésiculaire sensible. Fosse lombaire pleine à droite, légèrement contracturée et douloureuse. Raideur de la colonne, deux vertèbres sont douloureuses : huitième et neuvième, Pott possible.

Intervention sous locale le 17 mai.

Bronchite chronique avec respiration rude sur les deux plages pulmonaires. Suspicion de mal de Pott actuel. L'appendice présente des brides qui sont sectionnées en partie. Le meso court et fixé commande une appendicectomie rétrograde.

Suites opératoires bonnes.

#### OBSERVATION VIII

(N<sup>o</sup> 3.331)

P... Manuel, 10 ans.

*Antécédents* : Spina ventosa du pouce ; Otites à répétition. Cicatrices d'écrouelles.

Mère décédée de bacillose.

*Histoire de la maladie* : Il y a une semaine, épisode fébrile avec poussée d'adénite sous angulo-maxillaire droite. A la suite de cela apparaissent des vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux. L'enfant étant très constipé, la famille lui administre un lavement qui provoque une douleur violente du côté de la région appendiculaire.

*A l'examen clinique* : Température 38° 5, Pouls 108.

Le ventre est souple. La zone iléo-cæcale est très douloureuse, le toucher rectal éveille une vive douleur.

On décide d'intervenir, mais l'examen préalable a révélé : une submatité de la région sous-épineuse gauche, des sous-crépitants et un souffle tubo-pleural de faible intensité. A la base gauche, sous-crépitants également. Avec ces constatations et la notion des antécédents signalés plus haut, l'appendicectomie s'effectue sous anesthésie locale. L'appendice est libre

et rouge. A son ouverture, on note une tuméfaction cedé-mateuse.

Suites opératoires simples. La température tombe en lysis pour atteindre 37° le quatrième jour de l'intervention.

L'enfant sort vingt jours après son opération.

#### OBSERVATION IX

(N° 3.348)

P... Maurice, 13 ans.

*Antécédents* : Entérite. Séjour de vingt-sept mois en sana, puis en préventorium. Opéré des amygdales et des végétations.

Une sœur décédée de méningite à dix-huit mois.

*Histoire de la maladie* : Il y a un mois, douleur en barre.

*A l'examen actuel* : Subictère. Contracture pariétale de la fosse iliaque droite, douleur au point de Mac Burney.

Anesthésie locale, vu les antécédents.

Difficulté pour extérioriser le cæcum (très long). Mésos-  
appendice très court, sans adhérences. Appendice long, très  
congestionné dans sa moitié distale.

Suites bonnes, l'enfant sort guéri le vingtième jour.

#### OBSERVATION X

(N° 3.350)

Ch... Robert, 20 mois.

*Histoire de la maladie* : Pneumopathie aiguë gauche soignée depuis cinq jours. L'enfant allait mieux, lorsque l'état général s'aggrave. Il présente des crises douloureuses avec cris et agitation.

*Examen* : Dyspnée, les signes d'auscultation se sont amendés, d'après le médecin traitant. Abdomen ballonné. Pouls 160. Ni selle, ni gaz. Aucune zone ne paraît plus spécialement douloureuse.

Un examen radioscopique, par lavement, ne montre rien.

On décide une boutonnière exploratrice au cours de laquelle on trouve un appendice hyperhémie, mais qui n'est pas ce que l'on trouve dans l'appendicite aiguë.

En somme diagnostic en suspens, occlusion paralytique dont la cause échappe. La fièvre tombe en quatre jours.

Quinze jours après, découverte d'une pleurésie purulente opérée par la suite.

#### OBSERVATION XI

(N<sup>o</sup> 3.394)

A... René, 9 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Depuis deux mois, se plaint du ventre.

Il y a trois jours a souffert et a vomi. Depuis, la douleur persiste à droite, dans la fosse iliaque.

*Examen* : Douleur appendiculaire.

On attend quelques jours, et on intervient, sous locale, car l'enfant a dans son pharynx du muco-pus, une très mauvaise dentition.

Appendicectomie sans difficulté ; cæcum et appendice libres.

Suites simples ; sortie, le quinzième jour.

#### OBSERVATION XII

(N<sup>o</sup> 3.566)

M... Jeanne, 13 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Souffrirait depuis huit jours de la région appendiculaire, douleur sourde qui aurait coïncidé avec une indigestion (vomissements et fièvre à 40°). Depuis, l'enfant se plaint de la fosse iliaque, sans douleur vive cependant. Constipation rebelle.

*Examen* : Pas de douleur spontanée ni de fièvre.

La palpation est douloureuse dans la fosse iliaque droite avec défense légère. Mais en même temps douleur sur la zone ovarienne gauche.

On hésite à interpréter la douleur du côté droit. Un examen radiographique montre simplement une douleur sur le cæcum qui est mobile, l'appendice n'est pas visible.

Intervention sous locale, à cause d'une albuminurie constatée à l'analyse des urines.

Appendicectomie facile, avec section d'un voile d'adhérences lâches, récentes sans doute.

Suites excellentes, l'enfant sort guérie dix-neuf jours après.

OBSERVATION XIII

(N<sup>o</sup> 3.569)

B... Charles, 8 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : La veille, douleur violente fosse iliaque, l'enfant se couche. Un médecin appelé diagnostique une appendicite.

*Examen* : Température 38° 7. Pouls 130.

Pas de nausées. Pas de vomissements. Ventre respirant mal, à droite surtout. Douleur appendiculaire avec contraction pariétale.

Toucher rectal douloureux.

*Intervention* : Anesthésie locale, à cause de l'existence de râles sous-crépitaux, à la base droite, et de toux depuis quelques jours.

Appendicectomie facile, pas d'adhérences. Appendice turgescent et rouge, meso épais œdémateux.

Suites très bonnes, le foyer, base droite, disparaît.

L'enfant sort guéri le treizième jour.

OBSERVATION XIV

(N<sup>o</sup> 3.611)

A... Carmen, 10 ans.

*Antécédents personnels* : Rien à signaler ; aurait souffert du ventre, par périodes depuis trois ans.

*Histoire de la maladie* : Souffre depuis trois jours, fosse iliaque droite.

*Examen* : Rien à retenir dans l'examen, sauf un Mac-Burney extrêmement douloureux.

L'enfant est mise en observation.

Température 37° 2. Pouls 86.

Le lendemain l'enfant accuse une douleur très vive avec nausées et vomissements. Pouls à 100. Température 37° 4.

Intervention sous locale (sans indications spéciales). A l'ouverture, adhérences anciennes entre appendice et cæcum. Congestion du tiers distal de l'appendice. Libération des adhérences et appendicectomie selon le procédé habituel.

Suites bonnes, l'enfant sort le quatorzième jour.

OBSERVATION XV

(N<sup>o</sup> 3.677)

G... Jean, 10 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Cet enfant a été vu un certain nombre de fois en consultation, pour douleur du genou droit et de la racine du membre. Il a accusé quelques douleurs et des nausées.

L'examen de la hanche n'a rien révélé. L'examen clinique n'a pas permis d'être affirmatif sur la possibilité d'une appendicite. Il est revu tous les mois.

Au bout de cinq mois, l'enfant ayant eu des douleurs et des nausées, on décide l'intervention.

La base de l'appendice apparaît, cet organe est extériorisé. Appendicectomie facile.

Guérison et sortie le quatorzième jour.

OBSERVATION XVI

(N<sup>o</sup> 3.721)

R... Léon, 12 ans.

*Antécédents* : Ostéomyélite du tibia.

*Histoire de la maladie* : Douleur brusquement survenue, l'enfant étant dans le service ; sans contracture, température 37° 8, pouls 110.

Attente de vingt-quatre heures, mais la contracture apparaît, la douleur précise son siège. On intervient.

Sous locale, vu l'existence d'une ostéomyélite en évolution chez un enfant affaibli.

L'ablation de l'appendice est facile, grâce à la mobilité du couple cæco-appendiculaire. Il est court, sa pointe est renflée, rouge et dépolie. A l'ouverture, il y a du pus épais dans sa cavité. En un point, la paroi est violacée et amincie.

Guérison en 10 jours.

OBSERVATION XVII

(N<sup>o</sup> 3.757)

M... Jeannine, 16 ans.

*Antécédents* : Rien à retenir.

*Histoire de la maladie* : Il y a trois jours, l'enfant a eu de la fièvre et fait une angine.

La veille, douleurs abdominales empêchant l'enfant de dormir. Le médecin averti l'envoie au service.

*Examen* : Ventre respirant bien. Fosse iliaque droite avec contracture, point douloureux extrêmement net.

Au toucher rectal : Douglas douloureux.

La gorge présente une angine pultacée importante, avec grosses amygdales.

Appendicectomie sous locale, à cause de l'angine.

Le cæcum est extériorisé prudemment. La base de l'appendice est blanche et œdémateuse. On l'extériorise de proche en proche. Mais un coude d'adhérences le maintient dans la profondeur. On dégage quelques adhérences et le méso reconstitué est alors pincé, sectionné, puis l'appendice. Celui-ci contient du pus fétide, sa paroi est très mince en un point, enduite d'un dépôt fibrineux. Petit drain.

Suites normales, sortie quinze jours après.

#### OBSERVATION XVIII

(N<sup>o</sup> 3.801)

V... Christian, 8 ans.

*Antécédents* : Rhumes fréquents. Un frère décédé de broncho-pneumonie.

*Histoire de la maladie* : La veille, vomissements à plusieurs reprises et douleurs abdominales violentes. Le médecin l'adresse pour appendicite.

*Examen à l'entrée* : Température 39° 8. Pouls 128. Langue saburrale. Congestion de la face, dyspnée.

Le ventre respire mal. La palpation laisse déprimer profondément dans la fosse iliaque gauche. A droite, pas de contracture, pas de douleur.

Toucher rectal : sensibilité du Douglas.

Auscultation : foyer pneumonique, poumon gauche, avec souffle.

Sur l'insistance du médecin traitant, très affirmatif, on opère. Sous locale, appendicectomie sans histoire.

L'examen anatomo-pathologique révèle des lésions inflam-

matoires avec hypertrophie des follicules et infiltration de la paroi.

Suites excellentes. La température chute au cinquième jour.

#### OBSERVATION XIX

(N° 3.852)

C... Renée, 10 ans.

*Antécédents* : Mère hospitalisée pour bacillose pulmonaire ouverte.

*Histoire de la maladie* : L'enfant se plaint souvent du ventre.

*Examen* : Ventre pâteux ; douloureux sur la région appendiculaire.

Appendicectomie sous locale, à cause des antécédents familiaux (radio : aucune lésion chez l'enfant).

Extériorisation facile du cæcum ; appendice long et libre.

Suites simples ; sort, envoyé dans un préventorium, au vingtième jour.

#### OBSERVATION XX

(N° 3.971)

M... Eugénie, 10 ans.

*Antécédents* : Entérite au sevrage. Hospitalisée pour glycosurie (?) en 1933, à ce moment douleurs péri-ombili-cales ; érythème noueux (?).

*Histoire de la maladie* : Début, il y a huit à dix jours douleurs dans tout l'abdomen, mais plus à droite. Un seul vomissement au début.

*Examen* : Paroi souple. Douleur dans la région appendiculaire.

*Examen radiographique* : Appendice visible ; douloureux légèrement.

Appendicectomie sous locale, vu ses antécédents : une micro-polyadénopathie et un mauvais état général.

Appendicectomie pratiquée sans difficulté. Cæcum libre, appendice libre.

Dans l'appendice enlevé, sérosité louche.

Sort guérie vingt-trois jours après.

OBSERVATION XXI

(N<sup>o</sup> 4.043)

L... Gilberte, 12 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Depuis deux mois, douleurs abdominales par crises irrégulières et courtes ; la dernière crise a été accompagnée de vomissements.

*Examen* : Pas de douleur à l'appendice.

*Toucher rectal* : Douleur à droite.

*Radiographie* : Douleur nette sur le bord interne d'un cæcum bas situé. L'appendice n'est pas visible.

Intervention sous-locale sans raison majeure. Liquide abdominal. Cæcum fixé qui sort peu et mal ; découverte de l'appendice. Appendicectomie rétrograde.

Sortie guérie le treizième jour.

OBSERVATION XXII

(N<sup>o</sup> 4.139)

A... Marie-Louise, 11 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Il y a deux mois, crise douloureuse étiquetée appendicite.

*Examen* : Douleur en dedans du point de Mac Burney. Cuisse en flexion. Toucher rectal douloureux.

Appendicectomie sous-locale à cause d'une respiration soufflante à droite. Pas d'adhérences, facilité de l'intervention.

Appendice avec calcul siégeant à l'entrée d'une zone blanchâtre peu étendue, précédant une sclérose de la pointe.

Suites bonnes, sortie le douzième jour.

OBSERVATION XXIII

(N<sup>o</sup> 4.279)

V... Jeannine, 8 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Vue dans un dispensaire pour douleurs abdominales datant de quelques jours.

*Examen* : Pas de contracture, mais point de Mac Burney très nettement douloureux.

Intervention sous locale sans indication spéciale. Cæcum facilement trouvé et extériorisé. Appendicectomie simple.

On a noté que l'enfant a été un peu agitée pendant et après l'intervention.

Sort guérie au quatorzième jour.

#### OBSERVATION XXIV

(N° 4.316)

M... Jeanine, 8 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Crise douloureuse abdominale il y a quinze jours, sans vomissements. Localisation moitié droite de l'abdomen. Durée trois jours.

Poussée analogue par trois fois depuis.

*Examen* : Le ventre respire bien, la paroi est souple ; une douleur dans l'hypochondre droit.

Mise en observation, glace sur le ventre.

La douleur n'a pas disparu. On décide l'intervention.

Sous anesthésie locale (sans autre indication), appendicectomie facile sur un cæcum et un appendice, extériorisés sans difficultés.

Sortie par guérison au douzième jour.

#### OBSERVATION XXV

(N° 4.371)

Ch... Madeleine, 10 ans.

*Histoire de la maladie* : Souffrait depuis six mois de douleurs abdominales irradiées aux régions lombaires. Aucun trouble gastro-intestinal associé.

Depuis deux mois ce tableau douloureux subit une accen-tuation.

Il y a dix-huit jours environ, crise douloureuse avec vomissements. La veille, crise douloureuse avec vomissement.

*Examen à l'entrée* : Faciès congestif, pommettes rouges. Température 39°. Pouls 120.

Ventre respirant bien. Palpation : défense légère à droite. Mais la palpation appuyée déclenche une très vive douleur sur l'appendice, ailleurs aucune réaction.

*Toucher rectal* : Douloureux à droite.

Intervention sous locale vu un état pulmonaire concomitant (râles humides aux bases, sibilants aux sommets sans signes de foyer).

La locale permet d'inciser, d'explorer et de voir dans la fosse iliaque interne l'appendice recroquevillé baignant dans le pus.

On commence une anesthésie générale au kélène, pour aller vite et permettre de débrider la brèche opératoire prévue, décoller l'appendice adhérent en profondeur ; le cæcum ne peut s'extérioriser, on opère en profondeur dans le ventre. Drain dans le Douglas, quatre mèches imbibées de sérum antigangréneux isolent le moignon appendiculaire et le lit de cet organe.

Par la suite, peu à peu la fièvre tombe (37°8 quarante-huit heures après). Le drainage enlevé peu à peu, la fermeture s'effectue, quand survient une angine diphthérique qui commande l'isolement de la malade.

#### OBSERVATION XXVI

(N° 4.375)

D... Christiane, 3 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Il y a trois ou quatre jours, l'enfant aurait souffert de la fosse iliaque droite, pas de vomissements. Constipation habituelle.

*Examen* : Petite résistance pariétale à droite. Sensibilité du cæcum sans douleur très nette. Sur la foi du médecin traitant on intervient, sous locale vu l'âge de l'enfant.

Appendicectomie facile, pas d'adhérences ; appendice long, libre, macroscopiquement sain.

Pour réintégrer le cæcum, il faut donner un peu de kélène.

L'appendice ouvert contient un liquide très fétide.

Suites simples ; fièvre pendant les premiers jours, sortie le treizième jour.

#### OBSERVATION XXVII

(N° 4.393)

H... Ginette, 8 ans.

*Antécédents* : Crises convulsives épileptiformes. Père mal de Pott.

*Histoire de la maladie* : Il y a quelques jours, a eu brusquement des vomissements bilieux avec douleurs abdominales vives à droite.

A son admission, on ne retrouve rien qui puisse faire penser à une appendicite. On met tout en œuvre pour le diagnostic, la radiographie ne permet pas d'affirmer, la numération globulaire n'est pas probante. Le médecin est affirmatif.

Intervention sous locale vu son état mental un peu particulier.

Appendicectomie facile (aucune adhérence). Appendice macroscopiquement sain.

Suites simples, sort guérie le quinzième jour.

#### OBSERVATION XXVIII

(N<sup>o</sup> 4.409)

P... Paul, 7 ans.

*Antécédents* : Rien à signaler.

*Histoire de la maladie* : Début brutal par douleurs abdominales à droite avec vomissements.

Les phénomènes douloureux sont actuellement (le lendemain) plus nets.

*Examen* : A la palpation, on note une tension légère de la moitié droite de l'abdomen avec une douleur vive sur l'appendice.

Anesthésie locale devant la constatation de lésions pulmonaires entraînant de la toux, de signes disséminés, de sibilants et râles humides avec souffle expiratoire. De plus, mauvais état général.

Appendicectomie facilitée par la mobilité complète des éléments cæcum et appendice.

Suites bonnes.

Mais s'il ne s'agissait en faisant une anesthésie locale que de vaincre certaines difficultés, ce serait évidemment sans intérêt.

La considération de ces observations nous entraîne

à exposer les avantages de cette technique dans certains cas.

Aussi, dans la troisième partie de notre travail nous exposerons la technique employée, les avantages que l'on peut attendre d'une locale et par là les indications de son emploi.

---

## TROISIÈME PARTIE

---

### CHAPITRE PREMIER

### La Technique

---

Cette technique est extrêmement simple, on peut infiltrer d'emblée tous les plans cutanés et musculaires (PAUCHÉT).

Dans le service de M. le professeur ETIENNE, on fait presque toujours l'infiltration comme la faisait RECLUS, et dont la technique est rapportée dans le livre de PIQUAND.

D'abord, une injection traçante sous-cutanée permet, après avoir attendu quelques minutes, l'incision de la peau. Dans le service, on ne fait pas l'injection intradermique qui peut fragiliser la peau en la dévitalisant par distension, laissant apparaître des phlyctènes remplies de sérosité.

La peau incisée avec le tissu sous-cutané, laisse voir l'aponévrose du grand oblique ; une injection poussée sous l'aponévrose permet l'incision immédiate de ce plan et découvre le plan musculaire. Celui-ci est infiltré à son tour, puis dissocié dans l'incision de Mac Burney, à ce moment apparaît le péritoine. Une pince attire en cône ce feuillet et une aiguille montée sur la seringue pique dans le tissu sous-péritonéal, à ce moment l'infiltration diffuse dans cet espace. Le péritoine est incisé, les écarteurs sont placés. Le cæcum repéré est attiré avec douceur, l'appendice extériorisé.

A ce moment, l'aiguille piquée dans la base du méso-appendice au-dessus du point où va porter la ligature et la section permet de bloquer les nerfs sensibles de l'appendice. L'infiltration doit atteindre tous les faisceaux appendiculaires et dès ce moment les manœuvres sont absolument indolores et s'exécutent facilement.

## L'ANESTHÉSIQUE

La novocaïne ou les anesthésiques analogues.

Eviter les solutions avec adrénaline. Ici, nous ne risquerons pas les accidents sérieux rencontrés dans la chirurgie des doigts, mais cependant il y a quelques inconvénients, liés aux phénomènes vaso-moteurs.

Ces solutions aveuglent parfois momentanément un saignement qui peut se réaliser quelques temps après à la faveur de la vaso-dilatation.

Or, pour l'anesthésie, l'adrénaline est inutile, ou plus exactement, on peut s'en passer.

La concentration employée habituellement est de 1 pour 200 de syncaïne, elle permet une analgésie toujours suffisante. On peut agir plus rapidement et peut-être mieux, avec une solution à 1 pour 100, dans ce cas, la quantité d'anesthésique varie entre 20 et 30 cc. pour un enfant de douze ans environ. Cette quantité est à peine supérieure quand on emploie la solution à 1 pour 200.

Notons, d'ailleurs, que l'anesthésique injecté n'est pas intégralement résorbé par les tissus, car une partie se trouve évacuée à l'extérieur dès l'incision des plans cutanés. Par la suite, au cours de l'infiltration plan par plan, une certaine quantité passe également dans la brèche opératoire et est absorbée par des compresses.

En théorie, la toxicité d'une anesthésie locale est plus en rapport avec la concentration de la solution qu'avec

la quantité absolue de substance anesthésique employée. Il faut voir dans cette constatation la traduction de la résorption, plus ou moins rapide, d'une substance toxique.

---

## CHAPITRE II

### **Les inconvénients et les avantages de la méthode**

---

#### **LES INCONVÉNIENTS**

Le premier, qui est évidemment minime en apparence, c'est la lenteur de l'intervention. Elle doit être de propos délibéré, exécutée sans hâte. Savoir attendre que l'infiltration ait agi, est capital, de cela dépend souvent la réussite de l'intervention, car le malade perd confiance s'il souffre au début.

Après l'attente, il faut encore aller doucement dans le déroulement des temps opératoires, et éviter les tiraillements intempestifs très douloureux.

Un deuxième inconvénient, le plus grave évidemment, c'est l'existence d'adhérences appendiculaires plus ou moins serrées et vascularisées, qui interdisent une extériorisation facile et obligent à des tiraillements douloureux. Ceux-ci déclanchent chez le malade des réactions qui viennent s'ajouter aux difficultés rencontrées.

C'est là, certes, un gros inconvénient, mais on peut cependant y parer. Sur le conseil de MANDL et de ISHIKAWA, on peut verser dans le péritoine un peu d'une solution anesthésique à 1 pour 100 qui assurera par « diffusion » une analgésie suffisante, la plupart du temps, pour permettre l'appendicectomie. Sinon, une simple bouffée de kélène permet de faire cesser ce temps douloureux, et, dès qu'il est terminé, c'est-à-dire en quelques minutes, on arrête l'anesthésie générale.

On conviendra que cette manière de faire mérite de retenir l'attention des chirurgiens et ne suffit pas, semble-t-il, à faire rejeter la locale dans ces cas difficiles.

Un autre inconvénient, c'est l'absence de silence abdominal, surtout appréciable au moment de la réintégration du cæcum. Il y a quelquefois un peu plus de difficulté à réintégrer un cæcum dans ce cas, qu'avec une anesthésie générale.

Enfin, les accidents de l'anesthésie locale : si exceptionnels qu'il faut à peine en parler.

Mortels par anaphylaxie (GÖMÖRI), on en a signalé quelques cas, mais combien a-t-on fait d'anesthésies locales sans incidents ?

Accidents bénins par injection trop massive, soit d'une trop grande quantité, soit d'une quantité relativement trop forte, caractérisés par une excitation psychique avec confusion mentale et convulsions cloniques (KLOTZ, GÖMÖRI).

Tout cela compte si peu, que l'on peut dire avec PAUCHET, qu'il n'y a aucun danger à l'appendicectomie sous-locale ; il y a un danger minime, mais réel, avec une anesthésie générale.

On pourrait encore objecter que l'anesthésie locale ne permet pas de dépasser les limites fixées par l'infiltration à la brèche opératoire. C'est là un argument de peu de valeur, car il est très facile d'infiltrer très rapidement à ce moment-là, la couche musculaire de façon à agrandir la brèche opératoire à la demande.

## LES AVANTAGES

A l'opposé des inconvénients, minimes ou évitables de la locale, il y a tous ses avantages ; il faut les opposer aux inconvénients de l'anesthésie générale.

Le premier avantage, celui qui donne à cette analgésie la plus grande part de sa valeur, c'est la toxicité faible de la locale.

Toute anesthésie comporte une intoxication, légère sans doute, mais indiscutable. Cette toxicité, même faible, peut devenir sur un organisme fragilisé par une infection, le point de départ d'accidents sérieux. La marge de sécurité de la locale est énorme, comparée à celle plus restreinte d'une anesthésie générale.

Cet avantage, reconnu de tous chez l'adulte, existe encore chez l'enfant, il présente même chez lui une réalité plus nette. Il semble, et c'est là une constatation faite par bien des chirurgiens, que l'enfant tolère une locale mieux qu'un adulte (ROCHER, Robert RENDU).

La diminution du shock opératoire, avec l'emploi de l'anesthésie locale, est un fait et constitue un avantage des plus appréciable. Il est tel qu'on a pu le rechercher en association avec une anesthésie générale pour éviter le shock (anoci-association de Crile). Charles RICHET fils et DUBLINEAU ont montré d'autre part que l'anesthésie générale n'abolissait pas les réflexes vaso-moteurs. Or, avec ces auteurs, on est en droit de se demander si les troubles vaso-moteurs ne sont pas fréquemment à la base de beaucoup de shocks opératoires, et logiquement si le blocage des nerfs, obtenu par l'anesthésie locale, en supprimant ce réflexe ne détruit pas du même coup un de ses facteurs importants. On comprendrait ainsi aisément, pourquoi après une anesthésie locale, il est plus rare de l'observer qu'après une narcose à l'éther par exemple.

L'analgésie obtenue par infiltration évite les complications pulmonaires. Si l'on a pu montrer en chirurgie gastrique, que ce mode d'anesthésie exposait aux complications pulmonaires autant que tout autre, dans la pratique de l'appendicectomie, il en est autrement.

D'abord, on supprime l'irritation bronchique, apanage des anesthésies par inhalation et le refroidissement, cause d'affaiblissement de la défense organique des bronches, mais aussi on évite par ce moyen les vomissements fréquents chez l'enfant et par le même coup le passage possible de ces matières dans l'arbre bronchique déclanchant des accidents infectieux.

Par ce mode d'anesthésie, il est possible de mettre immédiatement les malades au lit, en position demi-assise, c'est un avantage bien précieux dans les suppurations importantes, que ne permet pas la générale.

Enfin, après une anesthésie locale, on peut reprendre immédiatement, par prises fractionnées, l'hydratation du sujet. Les boissons évitent l'usage du sérum sous la peau, ou, du moins, diminuent la quantité nécessaire, et cela est un agrément pour l'opéré d'abord, et pour le chirurgien.

## LES INDICATIONS

Elles sont tirées de l'examen comparatif des avantages de l'anesthésie locale d'une part et des dangers de la narcose dans ces mêmes cas d'autre part.

Il ressort, évidemment, que la première indication, ce sont les lésions pulmonaires, soit chroniques, bacillaires, qu'il est bon comme chez l'adulte de ne soumettre à aucune « épreuve », soit des lésions pulmonaires chroniques non spécifiques, qui offrent un terrain facile pour une poussée aiguë, que l'on voit survenir à la moindre occasion favorisante.

Enfin, les attaques pulmonaires aiguës, sous l'effet de l'anesthésie générale par inhalation, risquent de présenter des poussées congestives, qui constituent une aggravation de la lésion. Les broncho-pneumoniques qui réalisent une appendicite aiguë ne peuvent sans danger, de ce fait, être opérés sous narcose, alors que l'infiltration locale le permet, dans ce cas, sans danger et constitue pour le choix de cette anesthésie, une indication qui nous paraît formelle.

A part ces lésions déjà constituées on doit éviter par l'anesthésie locale, l'inoculation des bronches par des lésions infectieuses rhino-pharyngées, qui offrent à l'entrée des voies aériennes une flore très virulente.

Les atteintes rénales, même légères, traduites par l'albuminurie, demandent de préférence l'emploi d'un mode d'anesthésie peu toxique, et à ce titre l'anesthésie locale est encore indiquée.

Pour les mêmes raisons, c'est elle qui doit être choisie dans les appendicites survenant chez des infectés, chez des débilités, des hépatiques ; enfin chez les petits où elle nous a semblé très avantageuse.

---

## CONCLUSIONS

---

L'exposé, que nous avons fait, des bases de l'anesthésie locale, de ses avantages d'une part, de ses inconvénients de l'autre, nous permet chez l'enfant, de voir en elle une méthode à retenir.

La série des observations que nous rapportons, grâce à l'obligeance de M. le professeur ETIENNE, nous transporte sur le domaine de la pratique, en nous montrant que cette anesthésie a été faite à tous les âges pratiquement (20 mois à 14 ans). Deux fois, seulement, elle fut insuffisante et l'on a eu recours à une narcose. Dans la majorité des observations, il y avait des raisons sérieuses pour redouter un autre mode anesthésique. Les résultats ont été bons dans leur ensemble.

Ceci nous permet d'apporter des arguments et des faits à un débat à propos duquel FORGUE déclare : « chez l'enfant la discussion est ouverte », et d'affirmer que ce mode d'anesthésie nous paraît devoir occuper en chirurgie infantile, dans la pratique de l'appendicéctomie, une large place, toutes les fois que l'anesthésie générale expose au moindre risque.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Anesthésie.* — Compte rendu du Congrès international de Madrid (avril 1932).

BLOCH Charles, ROLLAND Pierre et VIEILLEFOSSE R. — Injection intra-veineuse de scopolamine morphiné, narcotine, éphédrine, comme complément de l'anesthésie locale (Méthode de Kirchner). *Académie de chirurgie*, 14 octobre 1936.

CANNON — Etudes sur le choc traumatique expérimental. *Archives of Surf.*, 1922, vol. IV, n° 1, p. 1-22.

CABANAC. — Voir ETIENNE, LAPEYRIE, CABANAC.

CORNIOLEY et KOTZAREFF. — Recherches expérimentales sur le choc traumatique. *Revue de chirurgie*, t. LIX, n° 4, p. 233-263.

ORILE. — La théorie cinétique du choc et sa prévention par l'anoci-association (opération sans choc). *The Lancet*, t. CLXXXV, n° 4688, juillet 1913, p. 7 à 17. — *Revue de chirurgie*, t. XLIX, n° 1, janvier 1914, p. 1-20.

DUBLINEAU. — Voir Charles RICHET fils.

ETIENNE, LAPEYRIE, CABANAC. — L'intervention sous-anesthésie locale. *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, avril 1937.

FARR. — Application pratique de l'anesthésie locale à la chirurgie de l'étage inférieur de l'abdomen. *American J. Obstetrics et gynecology*. In *Journal de chirurgie*, 1922, p. 264.

FÈVRE. — Chirurgie infantile d'urgence. Paris, 1933, Masson, éditeur.

FORGUE. — Précis d'anesthésie chirurgicale, 1934. Collection Testut. Doin et Cie, éditeurs.

GANTER et SCHRETZENMAYR. — Les perturbations circulatoires dans le choc. *Vilin Wechensch.* An X, n° 11, 14 mars 1931. 3. 484-485.

- GOMORI. — Accidents de l'anesthésie locale. Etude expérimentale sur la toxicité des divers anesthésiques, 1936. *Surgery gynecology et obstetrics*.
- ISHIKAWA. — De l'anesthésie locale dans la chirurgie des viscères abdominaux et plus spécialement de la question de la sensibilité à la douleur des organes abdominaux. *Journal de chirurgie*, 1932, p. 809.
- KLOTZ. — Accidents mortels de l'anesthésie locale. Etude expérimentale clinique et thérapeutique. *Thèse de Strasbourg*, 1929.
- KOPLIKU. — Pour diminuer les risques opératoires chez les nourrissons. *Thèse de Montpellier*, 1937.
- LAMBRET et LARDENNOIS. — Soins pré et post-opératoires. Choix de l'anesthésie en chirurgie gastro-intestinale. Discussion. XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie, octobre 1924.
- MIKULA. — De l'anesthésie chez l'enfant. *Bratislawské Lekarské Licsky*, t. X, n° 5, mai 1930.
- PAUCHET Victor. — Ablation de l'appendice sous-locale. *Soc. de méd. de Paris*, mars 1929. — *Presse méd.*, 1929, p. 422.
- PIQUAND. — Précis d'anesthésie locale, 1913. Gittler, éditeur.
- RENDU Robert. — Anesthésie locale chez l'enfant dans l'adénectomie et l'amygdalectomie. *Soc. de chir. de Lyon*, 1930.
- RICHE Charles fils et DUBLINEAU Jean. — Action des anesthésiques sur les réflexes vaso-moteurs. *Soc. de biologie*, 22 novembre 1930.
- SCHWARTS. — Anesthésie locale en chirurgie abdominale. Rapport de Reclus. *Soc. de chir. de Paris*, juillet 1914.
- ZENO et CAMES. — L'assoupissement en chirurgie. Bol. y Trajab. *Soc. chirurgia Buenos-Aires*, t. XV, n° 13, 15 juillet 1931, p. 478-481.
-

## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---

Vu :

Montpellier, le 1<sup>er</sup> février 1938,

Le Doyen,

EUZIÈRE,

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 4 février 1938,

Le Recteur,

PARISELLE.





